



Programul Operațional Capital Uman 2014-2020

Axa prioritară 4: Incluziunea socială și combaterea sărăciei

Prioritatea de investiții: Creșterea accesului la servicii accesibile, durabile și de înaltă calitate, inclusiv asistență medicală și servicii sociale de interes general

Beneficiar: Institutul Oncologic "Prof. Dr. Ion Chiricuță" Cluj-Napoca

Titlul proiectului: "Integrarea screeningului primar HPV în programul național de screening pentru cancerul de col uterin"

Contract de finanțare nr. POCU/257/4/19/120798

Cod SMIS: 120798

CANCERUL DE COL UTERIN ÎN ROMÂNIA

Maparea resurselor și utilizarea acestora





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

CUPRINS:

1. INTRODUCERE	3
2. NOTE METODOLOGICE	4
3. REZULTATE	6
Domeniul 1: Date demografice și epidemiologice privind cancerul de col uterin	6
Domeniul 2: Date de utilizare a serviciilor de sănătate (agregate la nivel NUTS2, județ) public și privat	16
Domeniul 3: Date de resurse umane (la nivel de județ/ localitate)	23
Domeniul 4: Accesul la servicii/ la infrastructura de echipamente necesare screeningului pentru cancerul de col uterin - public și privat	26
Domeniul 5 : Capacitatea infrastructurii instituționale: registre populaționale de cancer, registre de screening, politici, finanțare etc.	28



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

1. INTRODUCERE

Implementarea cu succes a programelor de sănătate publică, precum screening-urile organizate pentru cancerul de col uterin, presupune, în primul rând, ca populația țintă să adere la program, dar și asigurarea resurselor necesare. Înțelegerea factorilor care influențează comportamentele diferitelor categorii ale populației țintă (ex. în funcție de: mediul de rezidență, nivelul de educație, nivelul veniturilor, apartenența etnică sau religioasă etc.), înțelegerea barierelor existente în adoptarea unui nou comportament (prezentarea la medic/ participarea la program), a reprezentărilor pe care fiecare dintre aceste subcategorii le are vizavi de înrolarea într-un program de depistare precoce a cancerului, reprezintă inputuri foarte prețioase în designul unui program de screening, input care, folosit în componentele de comunicare (i.e. pentru definirea mesajelor sau canalelor campaniilor de comunicare), dar și în cele de organizare a serviciilor (ex. propunerea pentru localizarea serviciilor) vor putea minimiza riscul de non-compliance a populației țintă la diferitele activități/ stadii ale programului.

Proiectul „Integrarea screeningului primar HPV în programul național de screening pentru cancerul de col uterin” propune elaborarea unei metodologii pentru programele de depistare precoce și tratament al cancerului de col uterin și, astfel, asigurarea unui standard unitar de realizare a screeningului la nivel național, îmbunătățirea nivelului de calificare pentru 440 de persoane implicate în derularea programelor de depistare precoce, diagnostic și tratament al cancerului de col uterin și, în final, informarea, educarea și conștientizarea populației în general - și a grupurilor vulnerabile în special - cu privire la activitatea de screening a cancerului de col uterin.

Atât activitatea de evaluare a resurselor existente la nivel național (mapping) pentru implementarea programului național de screening pentru cancerul de col uterin, cât și identificarea cunoștințelor, atitudinilor, percepțiilor (CAP) femeilor/furnizorilor de servicii de sănătate și a decidenților cu privire la screening-ul cancerului de col uterin sunt instrumentele pentru fundamentarea metodologiei de screening, astfel încât cerințele ghidurilor și recomandărilor internaționale existente să poată fi integrate, iar fezabilitatea procedurilor să poată fi adaptată corespunzător condițiilor sistemului de sănătate din România și nevoilor specifice ale beneficiarilor.

Studiul de tip mapping realizat în cadrul acestui proiect a urmărit evaluarea, pe de o parte, a accesului la servicii de sănătate și, pe de altă parte, a disponibilității resurselor (umane și materiale - echipamente) la nivel național pentru implementarea programului național de screening al cancerului de col uterin în România, prin integrarea screeningului primar HPV.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

2. NOTE METODOLOGICE

a) Sursa și descrierea datelor:

Populația la nivel de localitate și județ. Am folosit populația în funcție de domiciliu, la 1 iulie a fiecărui an, pe grupe cincinale de vârstă și sexe. Indicatorii sunt preluați din baza de date TEMPO a INS, indicatorul POP108D¹.

Indicatorii de morbiditate și mortalitate, 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 dintre indicatorii de acces la servicii și infrastructură au fost colectați utilizând un chestionar on-line. Prin acest chestionar s-au raportat date privind: numărul de echipamente (colposcop, electro-cauter, crio-cauter, 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 col uterin. În final, s-au colectat date despre raportarea cancerului de col uterin 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. Prin cazuri noi se înțelege numărul de cazuri noi raportate anual de către medicul de familie, pe codul diagnostic 127 „Tumora malignă a colului uterin”. Pentru rata de spitalizare au fost considerate toate episoadele externate din spitalizare de zi și continuă cu cod diagnostic principal C53.x.

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). Dat fiind faptul că 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

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

² INSP, <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>



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

localitate, pentru calculul ratelor de incidență standardizate pe grupe de vârstă, s-a folosit metoda indirectă.

În cazul standardizării densității personalului, pentru medicii anatomo-patologi, chirurghi, obstetricieni, am optat pentru calculul unei rate la 100 de mii de femei cu vârsta de 30 de ani sau peste⁴. Am considerat că această mărime este mai relevantă, 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 și municipiile.

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 Office Excel și Quantum GIS (QGIS)⁵.

Distanțele au fost calculate în kilometri (km) folosind Google Maps și/sau distanța.ro. Pentru calculul distanțelor medii necesare tratării unui caz de cancer de col uterin au fost luate în calcul aprox. 80% din episoadele de spitalizare externe din spitalizare continuă sau de zi, în perioada 2017-2018, din cadrul secțiilor de oncologie medicală.

⁴ Pentru 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.

⁵ <https://qgis.org/en/site/>

3. REZULTATE

Domeniul 1: Date demografice și epidemiologice privind cancerul de col uterin

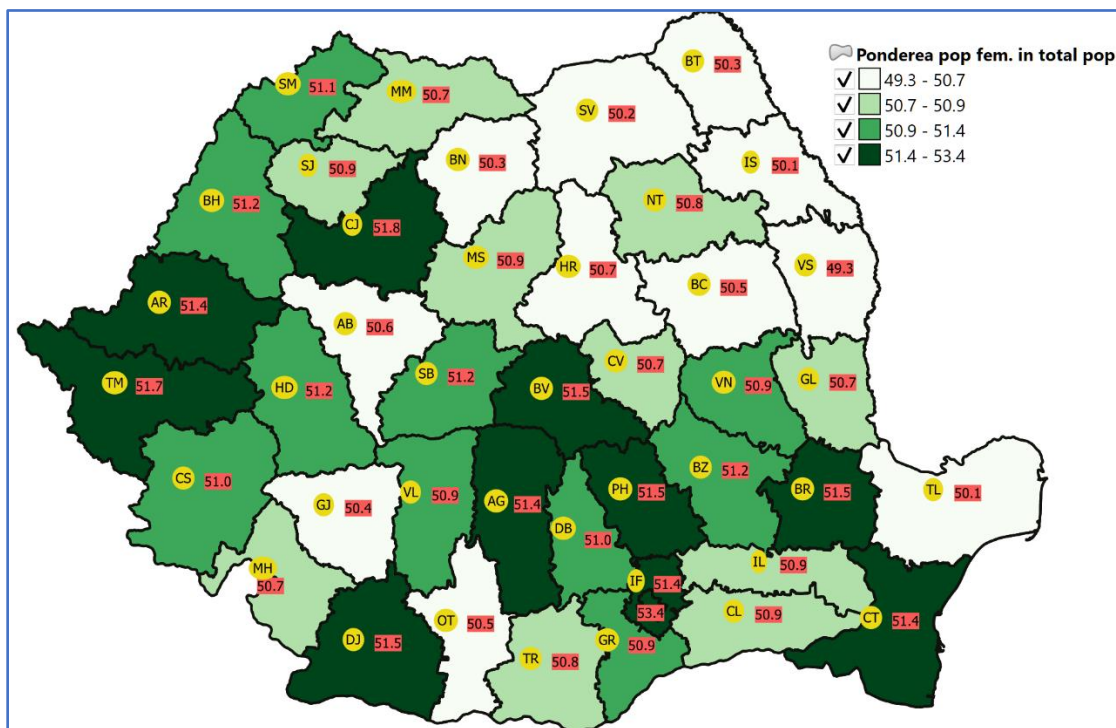


Fig. 1.1 Ponderea populației feminine în total populație, la nivel de județ, medie 2016-2018

Ponderea femeilor este majoritară în aprox. 75% din județele României, ținând cont de populația în funcție de domiciliu (Fig.1).

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.

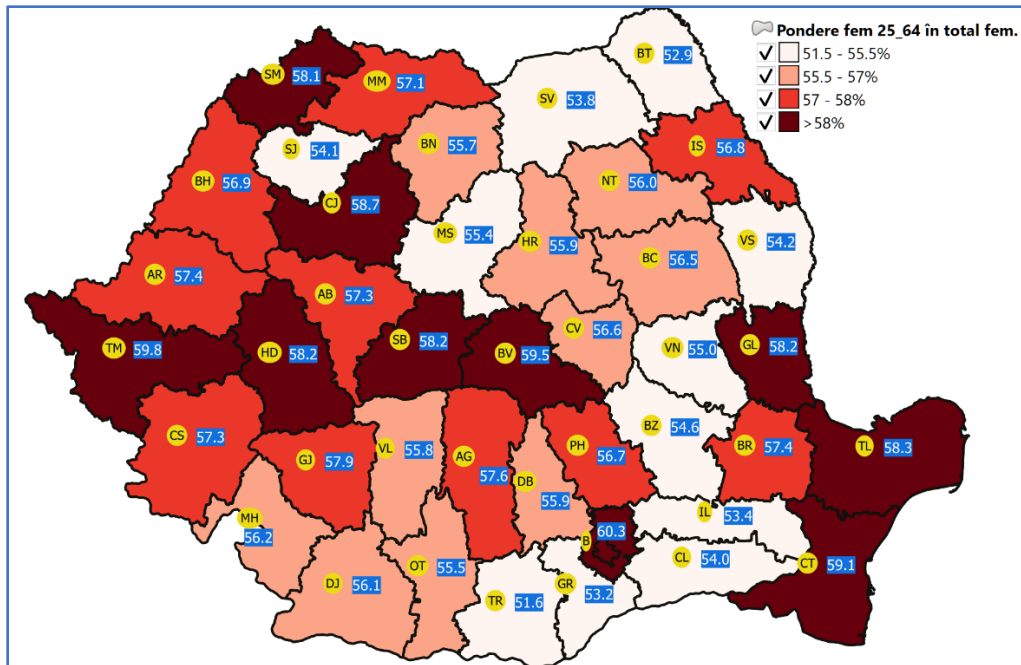


Fig. 1.2 Ponderea populației feminine 25-64 în total populație feminină, 2016-2018

Ponderea populației feminine de 25-64 ani, populație la risc pentru cancer de col uterin, depășește 50% din întreaga populație feminină a fiecărui județ (Fig.1.2). Mai mult, în anumite județe, precum Tulcea, Timiș sau Satu-Mare, această pondere se apropie de 60%.

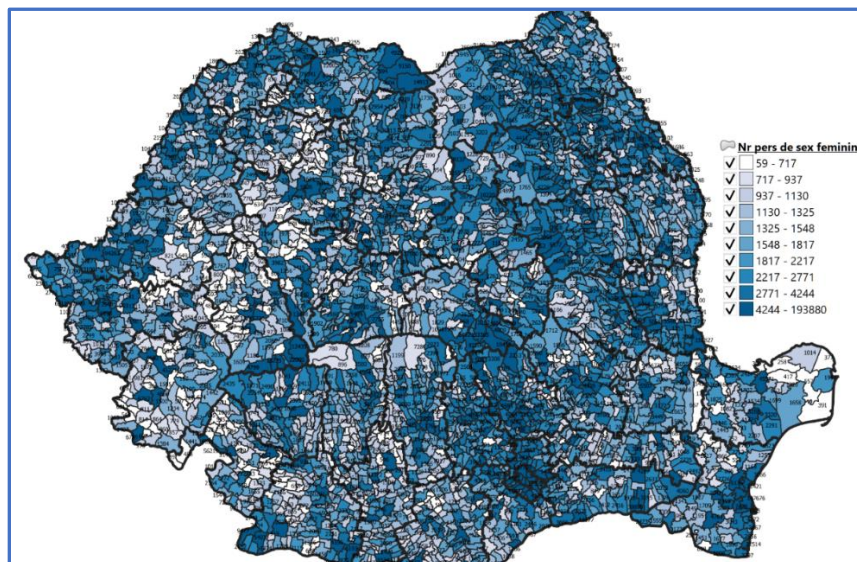


Fig. 1.3 Repartiția teritorială a persoanelor de sex feminin, în perioada 2016-2018

Un număr mai mare de persoane de sex feminin se găsește în zona Bucureștiului, în zona Moldovei și în zonele marilor centre urbane (Timișoara, Constanța, Cluj-Napoca, Brașov, Craiova etc.) (Fig. 1.3).

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).

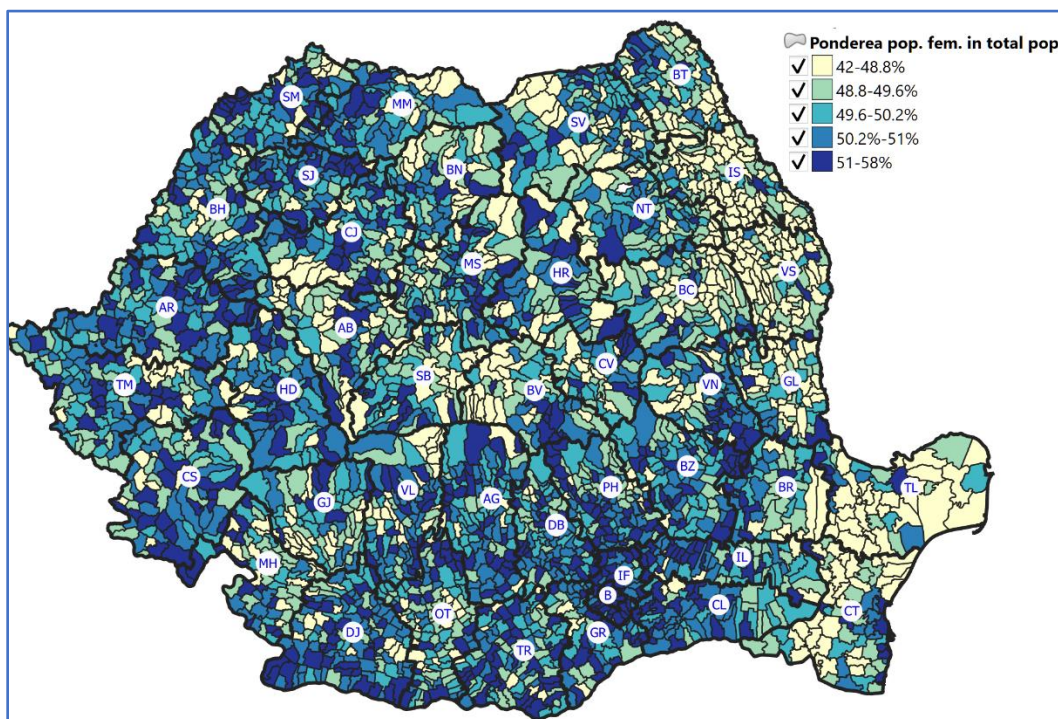


Fig. 1.4 Ponderea populației feminine în total populație, la nivel de localitate

În jurul Bucureștiului, precum și în zone locale din Caraș-Severin, Dolj, Satu-Mare, Arad, ponderea populației de sex feminin depășește 51% (Fig. 1.4). Ținând cont de faptul că 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 localități, populația feminină nu depășește 48.8% din totalul numărului mediu de locuitori corespunzător perioadei 2016-2018.

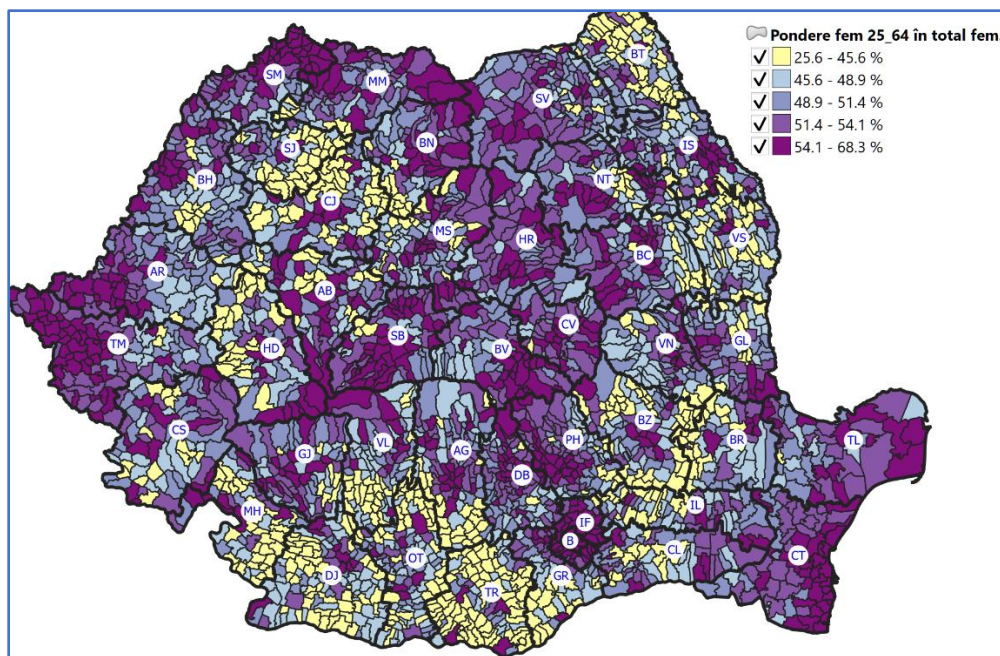


Fig. 1.5 Ponderea femeilor 25-64 în total populație feminină

Pondere grupului țintă, format din femeile cu vârsta cuprinsă între 25 și 64 ani, este mai ridicată în zona montană, precum și în zonele marilor centre urbane: Constanța, București, Pitești, Timișoara. Aici, această pondere depășește 55% din numărul total de femei din localitate, ajungând pe alocuri aproape de 70%. Zonele colorate în galben se situează sub prima cvintilă. Cele 20% din localități sunt dispersate răzleț în județele Hunedoara, Caraș-Severin sau Vaslui și concentrate în județele din Câmpia Română (ex. Teleorman, Dolj) (Fig. 1.5).

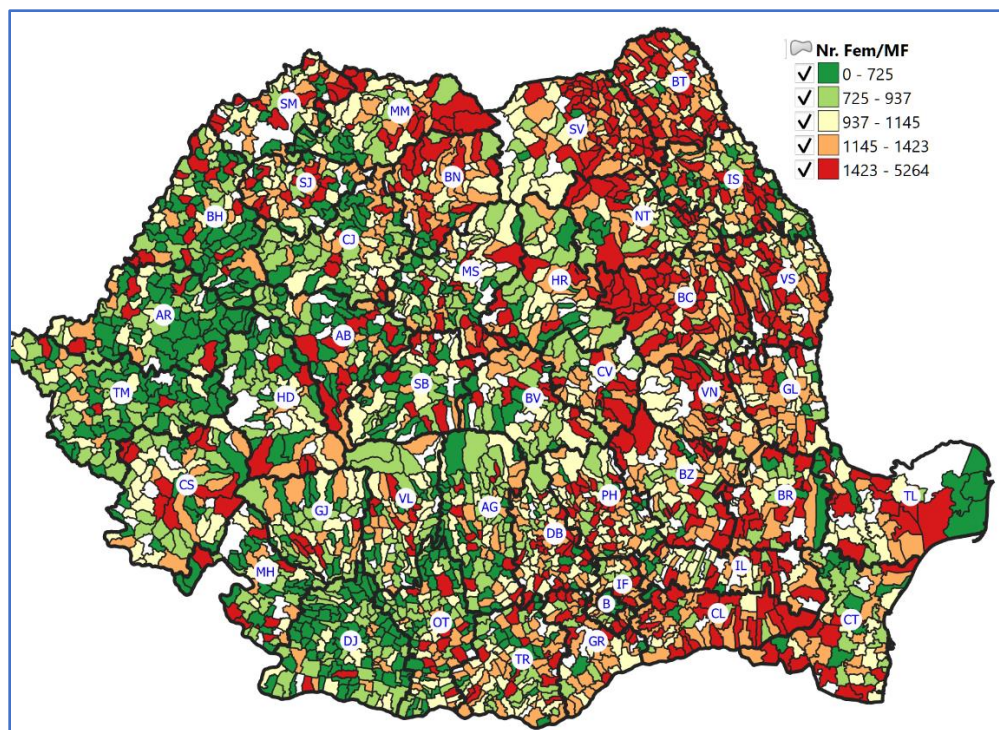


Fig. 1.6 Repartiția teritorială a numărului de femei care revin la un medic de familie, 2018

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 Fig. 1.7. Atunci când se calculează numărul de femei care revin, în medie, la un medic de familie, se observă concentrări diferite la nivel de localitate și județ. De exemplu, în județele Moldovei Centrale și de Sud: Bacău, Vaslui, Galați, în medie îi 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, Nord-Vestul țării precum și în județul Dolj, numărul de femei care revin la un medic de familie, 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.

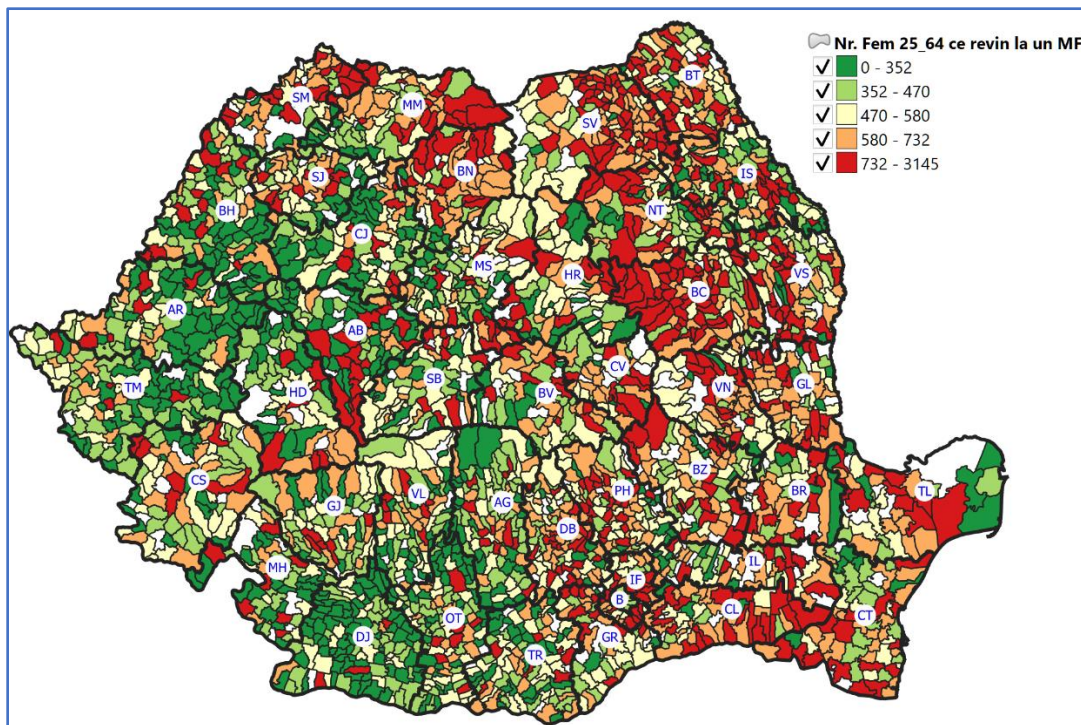


Fig. 1.7 Repartiția teritorială a numărului de femei cu vârsta 25-64 care revin la un medic de familie, 2018

Numărul mediu de femei aflate la risc de cancer de col uterin care revin la un medic de familie este extrem de mare în zona Moldovei și în partea de Sud și Sud-Est a României. Aici, în medie, avem peste 730 de femei cu vârsta 25-64 ani care revin la un medic de familie (Fig. 1.8).

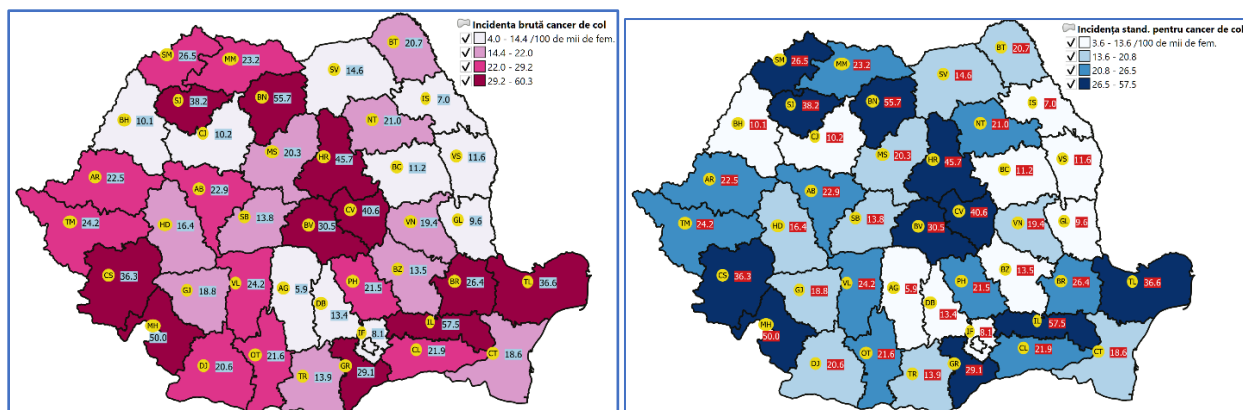


Fig. 1.8 Incidența cancerului de col uterin brută și standardizată pe grupe de vârstă, medie anuală 2016-2018

Există o variație ridicată atât în cazul incidenței brute, cât și în cazul celei standardizate⁶. Valorile mari, întâlnite în centrul țării sau în Est, sunt de circa 4 ori mai mari decât valorile incidenței județelor situate sub prima cuartilă. În cazuri particulare, diferența este și mai mare. De exemplu, în Harghita, unde avem în medie 46 de cazuri noi la 100 de mii de femei într-un an, în timp ce, în Iași, în aceeași perioadă (2016-2018), s-au raportat numai 7 cazuri la 100 de mii de femei. La nivelul țării, pe perioada analizată, se estimează un număr mediu anual de 25 de cazuri la 100 de mii de femei, sau o medie județeană de 55 de cazuri noi/an/județ.

12

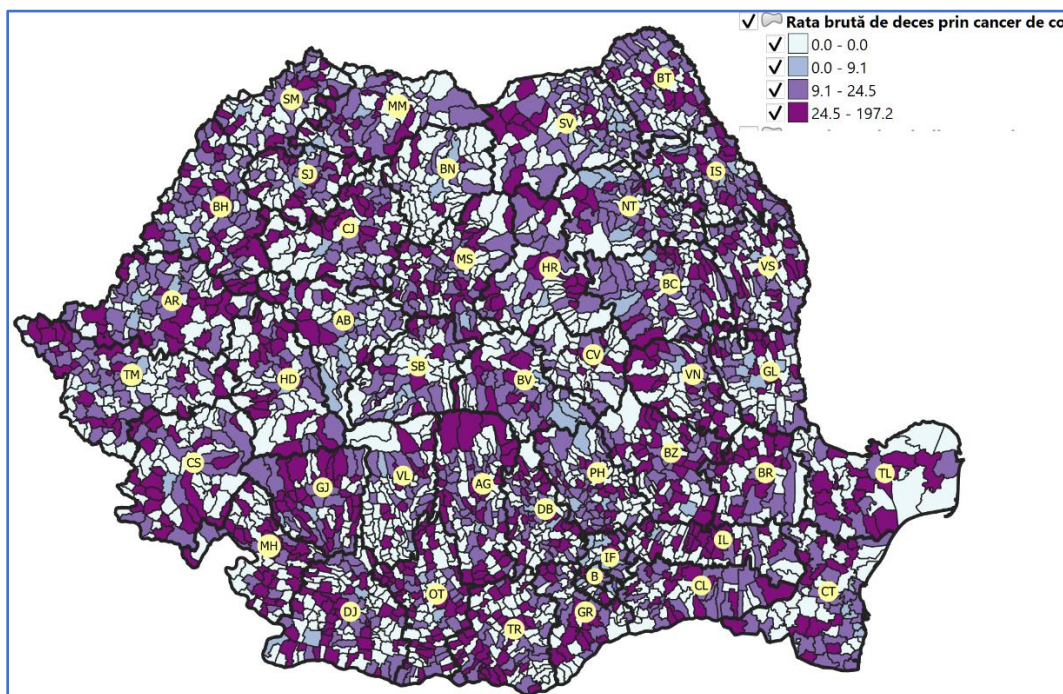


Fig. 1.9 Rata brută de deces prin cancer de col uterin, medie anuală 2016-2018

Rata brută de deces prin cancer de col uterin medie anuală pentru perioada 2016-2018, are un aspect eterogen la nivelul localităților din România. Valori foarte mari se înregistrează în localități din aproape toate județele țării (Fig. 1.9). Excepție face județul Bistrița-Năsăud, unde ponderea localităților care au mortalitate ridicată este mică. La polul opus se află județe precum Gorj, Mehedinți și Maramureș, unde marea majoritate a localităților se află peste ultima cuartilă la nivel național. În toate aceste localități, rata de deces este de peste 25 cazuri la 100 de mii de femei, în timp ce media națională este de 15 cazuri/an la 100 de mii de femei, în perioada 2016-2018.

⁶ <https://www.cdc.gov/nchs/data/statnt/statnt06rv.pdf>

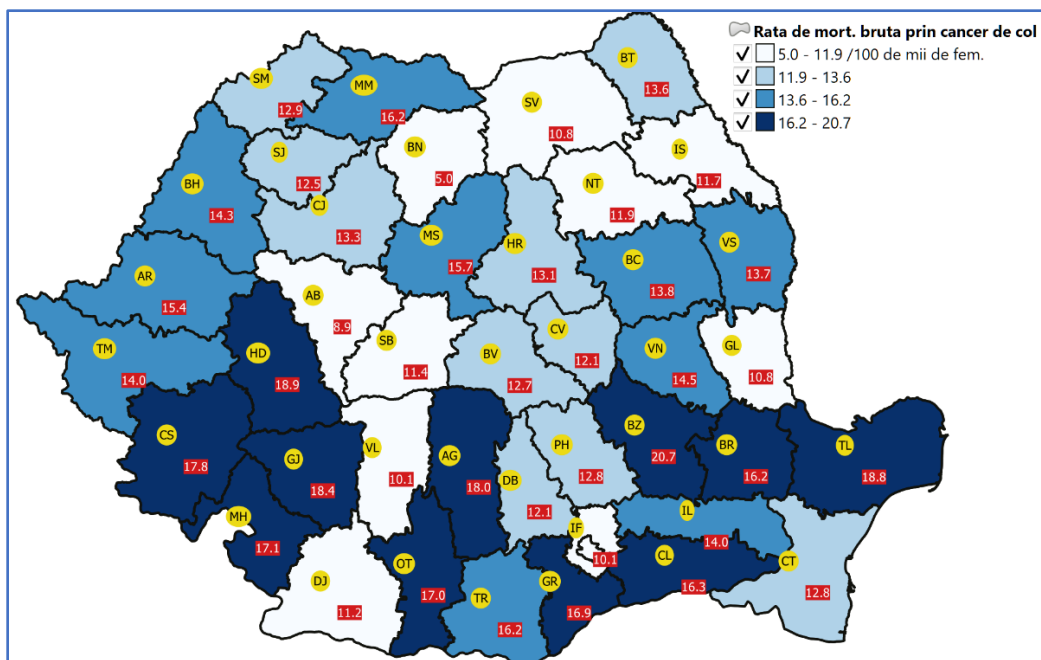


Fig. 1.10 Rata de mortalitate brută prin cancer de col, medie anuală 2016-2018

Cele mai mari rate de deces provocate de cancerul de col uterin se întâlnesc în sudul Carpaților, în partea de Sud-Est și în partea de Sud-Vest a țării, în județe precum Caraș-Severin, Mehedinți sau Gorj (Fig. 1.10). Cea mai mare rată de deces se înregistrează în județul Buzău: 20 de decese la 100 de mii de femei. Discrepanțele între județe din perspectiva acestui indicator sunt mari. 25% din județele cu ratele cele mai mari au o rată medie de deces dublă comparativ cu primele 25% din județe cu cele mai mici rate. Județul Bistrița-Năsăud înregistrează o rată de deces de numai 5 cazuri la 100 de mii de femei.

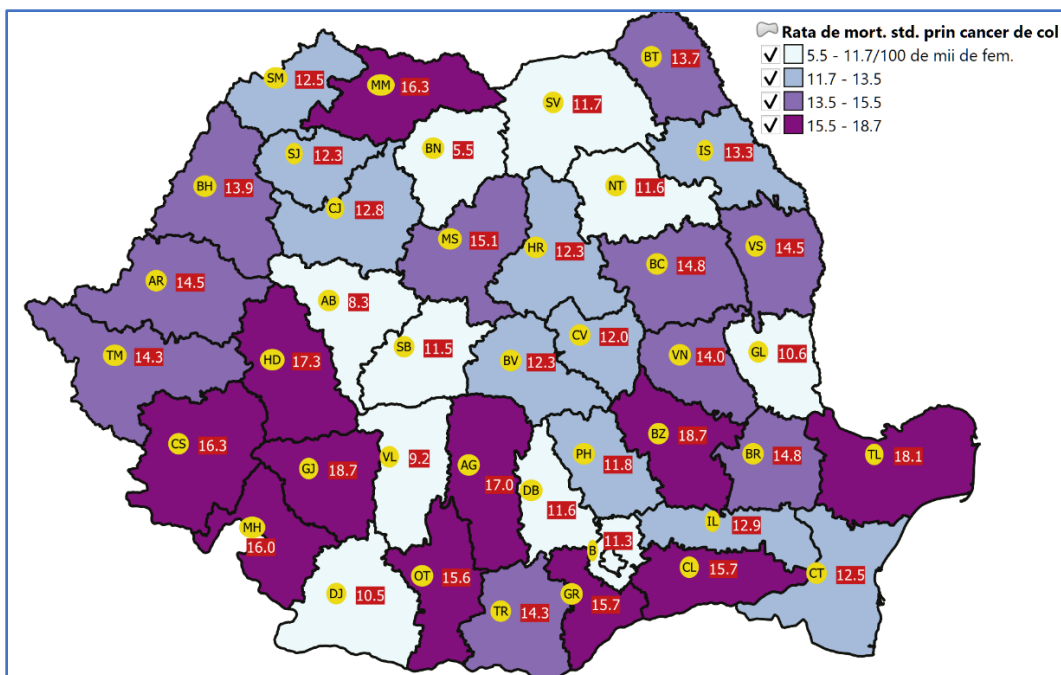


Fig. 1.11 Rata de mortalitate standardizată pe grupe de vârstă, prin cancer de col uterin, medie anuală 2016-18

Standardizarea valorilor nu schimbă foarte mult imaginea privind rata mortalității. Județul Bistrița-Năsăud rămâne lider, cu cea mai mică rată de deces prin cancer de col uterin, iar Gorjul înregistrează cea mai mare rată, în urma standardizării pe grupe de vârstă (Fig. 1.11).

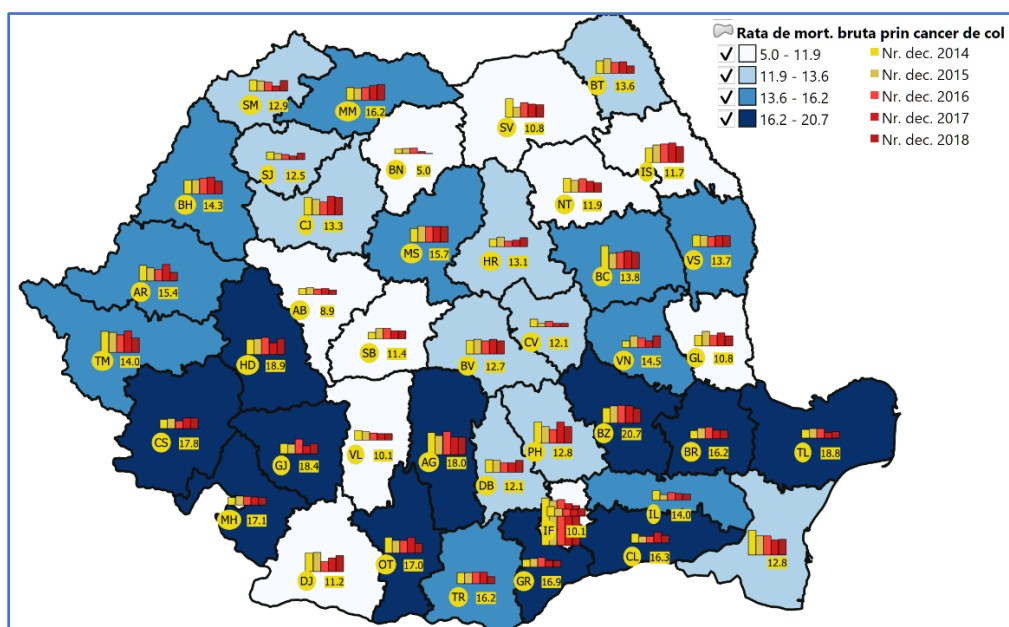


Fig. 1.12 Rata de mortalitate brută, medie anuală 2016-2018 și dinamica numărului de decese în perioada 2014-2018

În urma analizei, observăm trei tipuri de situații (Fig. 1.12):

- județe în care numărul de decese este în creștere (ex: Maramureș);
- județe în care numărul de decese se menține constant (ex: Alba, Brașila, Ialomița, Sibiu, Brașov etc.) ;
- județe în care numărul de decese este în scădere (ex: Arad, Constanța, Botoșani, Bacău).

15

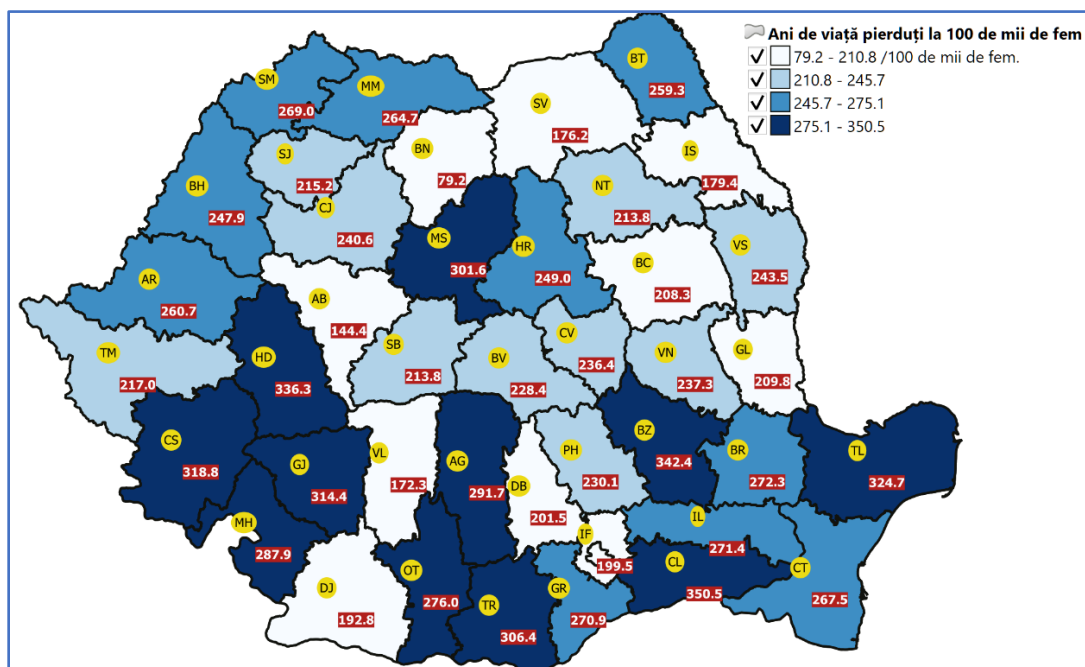


Fig. 1.13 Repartiția teritorială a ratei anilor de viață pierduți prin decesul prematur cauzat de către cancerul de col uterin

Anii de viață pierduți prematur (YLL) urmează repartiția teritorială a ratei de deces (Fig. 1.13).

Câteva excepții sunt ușor vizibile. De exemplu, în Botoșani avem o rată de deces brută de 13.6 cazuri la 100 de mii, valoarea ce situează județul aproape de prima quartilă. La nivelul anilor de viață pierduți, însă, județul se situează mai degrabă mai

aproape de valoarea medianei. Acest lucru semnifică faptul că în Botoșani înregistrăm un număr mare de decese prin cancer de col la vârste mici.

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

16

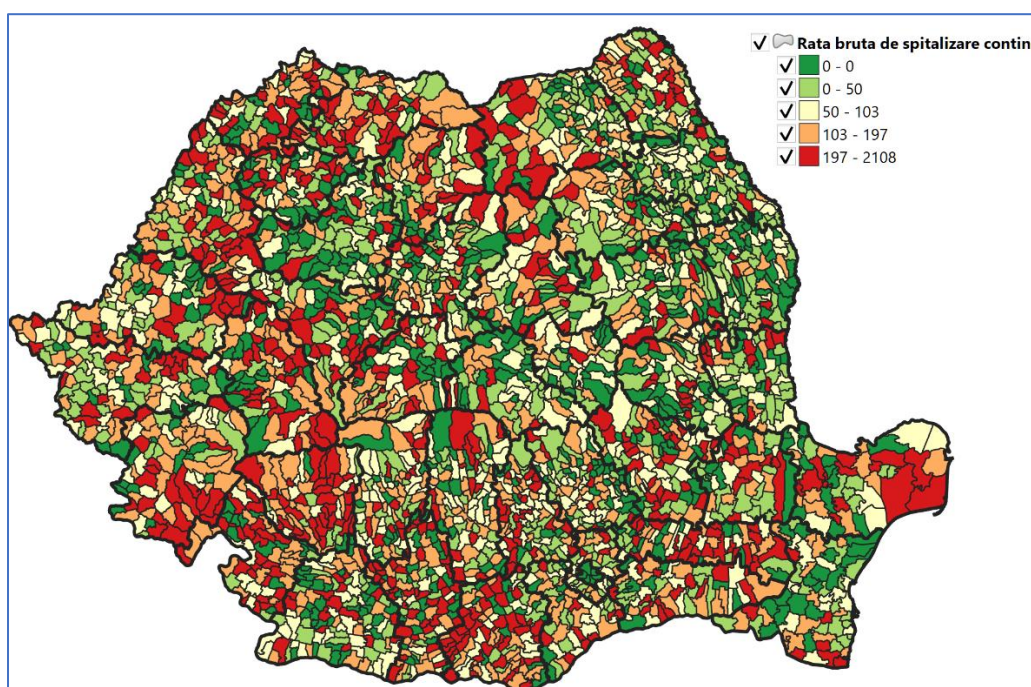


Fig. 2.1 Rata brută de spitalizare continuă a cancerului de col uterin, medie anuală 2016-2018

Rata brută de spitalizare prin cancer de col uterin are o eterogenitate extrem de ridicată. Localitățile aflate peste a 4-a cvintilă au valori de peste 197 de episoade/an la 100 de mii de femei. Aceste rate sunt specifice zonei Caraș- Severin, Mehedinți, Gorj. Rate de peste 197 de episoade se mai întâlnesc frecvent în Teleorman, Tulcea, Ialomița, și județele din Regiunea Nord-Vest (Fig. 2.1).

De remarcat este că 20% din localitățile României nu au înregistrat cazuri de cancer de col uterin cu spitalizare continuă în perioada 2016-2018.

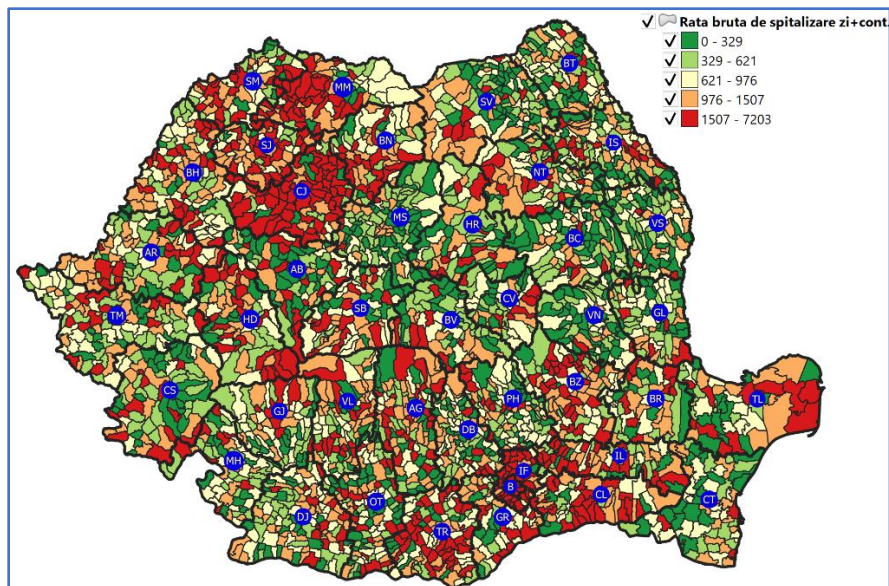


Fig. 2.2 Repartiția teritorială a ratei medii anuale de spitalizare continuă + zi prin cancer de col uterin, 2016-2018

Spitalizarea cancerului de col în România este extrem de variată la nivelul țării. Există două focare majore: (1) Zona Cluj-Maramureș și (2) București-Ilfov. Aici sunt situate extrem de multe localități care se regăsesc în grupa ultimelor 20%, localități cu ratele de spitalizare cele mai mari. Aici avem o rată care depășește 1507 episoade/an la 100 de mii de femei. Această rată este 4-5 ori mai mare decât în grupul localităților situate sub prima cvintilă, localitățile cu cele mai mici rate (Fig. 2.2).

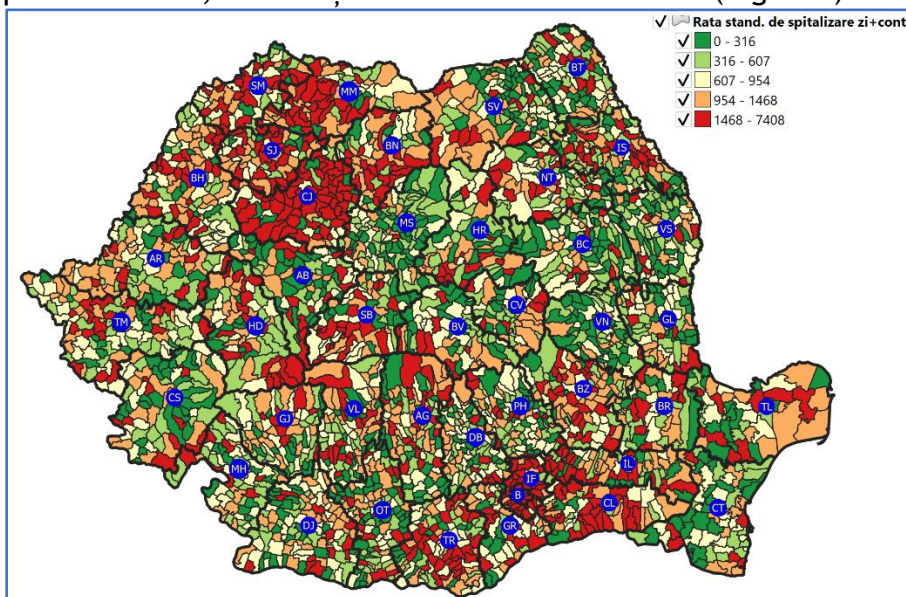


Fig. 2.3 Repartiția teritorială a ratei medii de spitalizare stand. pe grupe de vârstă, 2016-2018

Repartiția ratei de spitalizare standardizate pe grupe de vârstă, a cancerului de col, este similară cu cea a ratei brute. Sunt evidente focarele amintite mai sus. De remarcat este că, în ambele cazuri, valori mai mici ale ratelor de spitalizare se întâlnesc mai frecvent în județele Vaslui, Bacău și Mureș (Fig. 2.3).

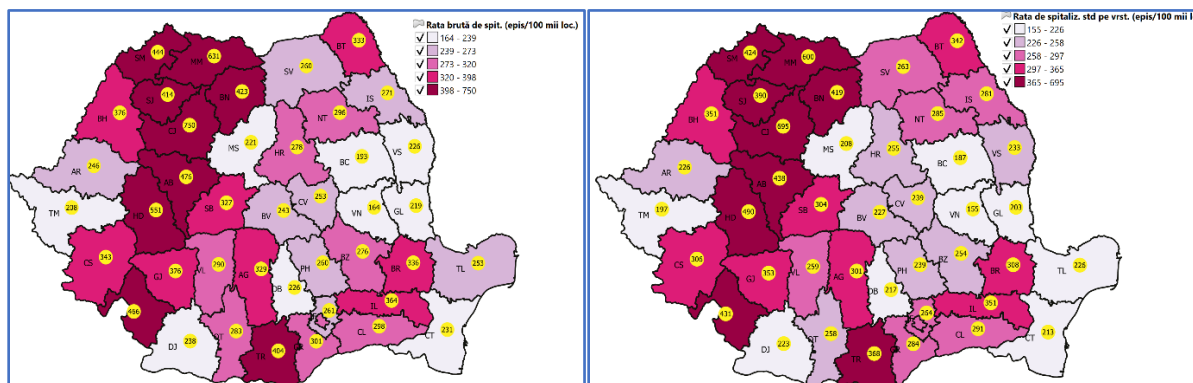


Fig. 2.4 Rata de spitalizare continuă + zi, medie anuală 2016-2018, valori brute în stânga și standardizate pe grupe de vârstă în dreapta

Valori ridicate ale ratei de spitalizare se întâlnesc în special în județele din Nordul și Nord-Vestul țării. Aici se înregistrează o rată de peste 400 de episoade/an la 100 de mii de femei. În zonele de Est și Sud-Est a țării rata de spitalizare este sub 200-300 de episoade/an la același număr de femei (Fig. 2.4).

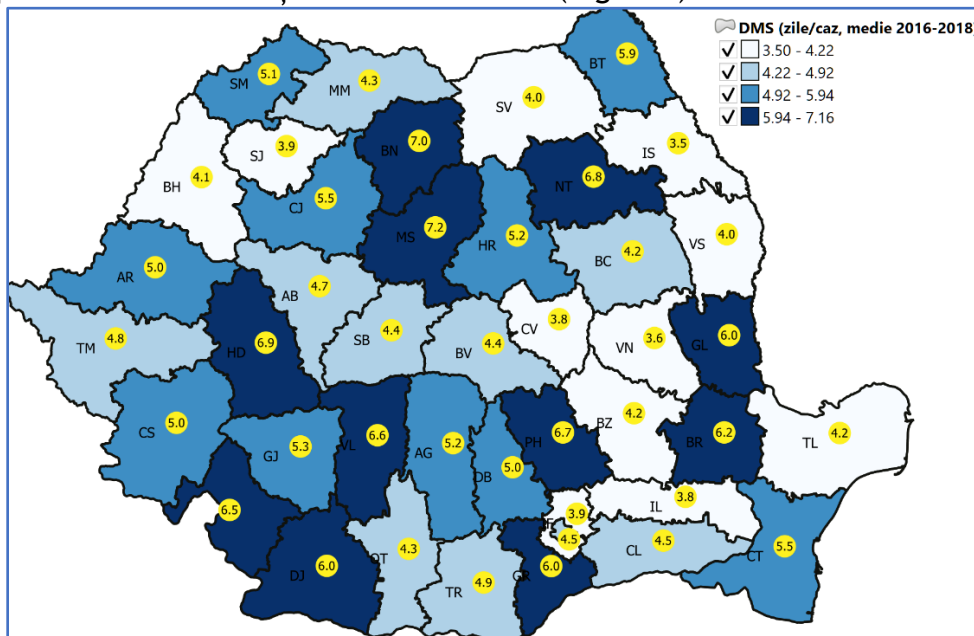


Fig. 2.5 Durata medie de spitalizare pentru un episod de cancer de col externat de pe secțiile de oncologie

Durata unui episod de spitalizare are o variație în teritoriu extrem de ridicată. Astfel, dacă în Iași, Covasna sau Sălaj, un episod externat cu diagnosticul principal de

cancer de col uterin are o durată de maxim 4 zile, în județele Bistrița-Năsăud, Hunedoara sau Mureș, durata este aproape dublă (Fig. 2.5).

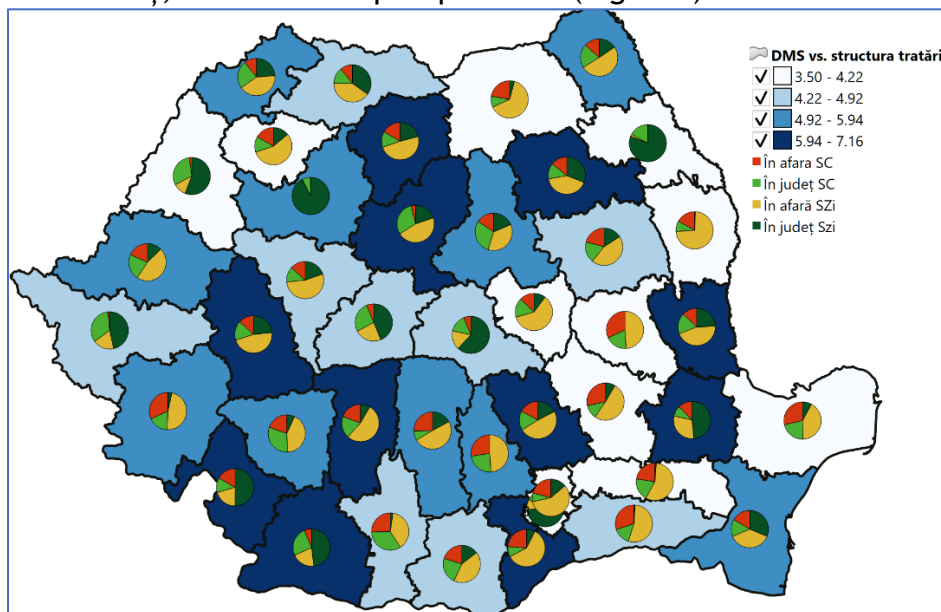


Fig. 2.6 Locul unde s-a tratat un episod de spitalizare de cancer de col, 2016-2018⁷

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 municipiilor București, Cluj-Napoca și Iași, județele limitrofe trimit mai mult de jumătate din cazurile de cancer de col uterin ale pacienților locali în aceste centre (Fig. 2.6).

⁷ În background este reprezentată durata medie de spitalizare a unui caz de cancer de sân externat de pe secțiile de oncologie

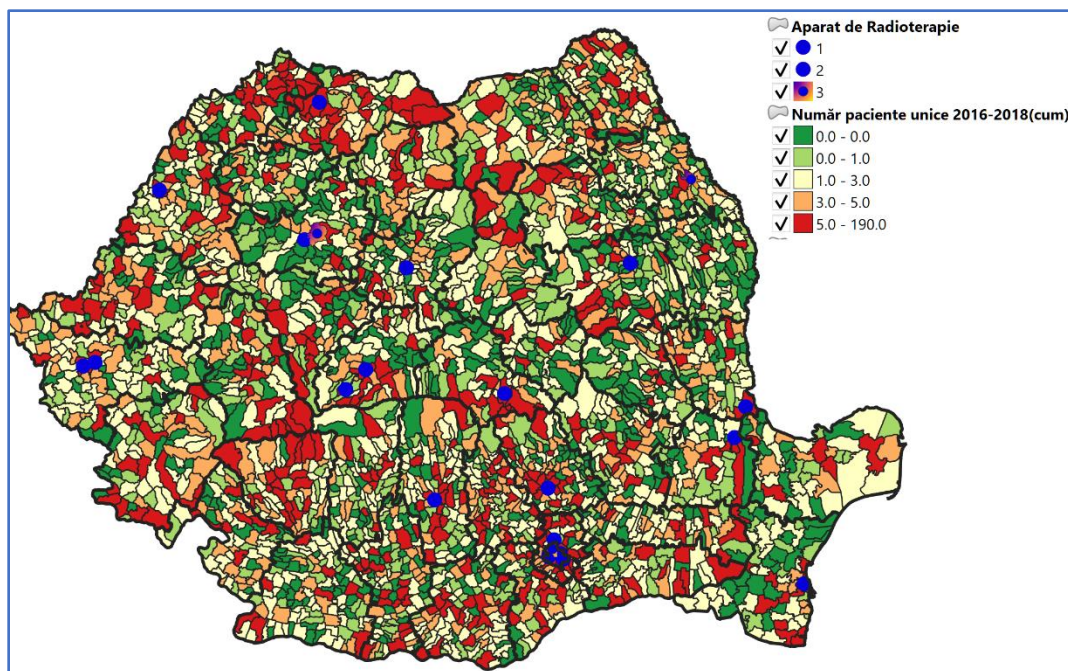


Fig. 2.7 Repartiția teritorială a aparatelor de radioterapie în raport cu numărul de pacienți cu cancer de col⁸

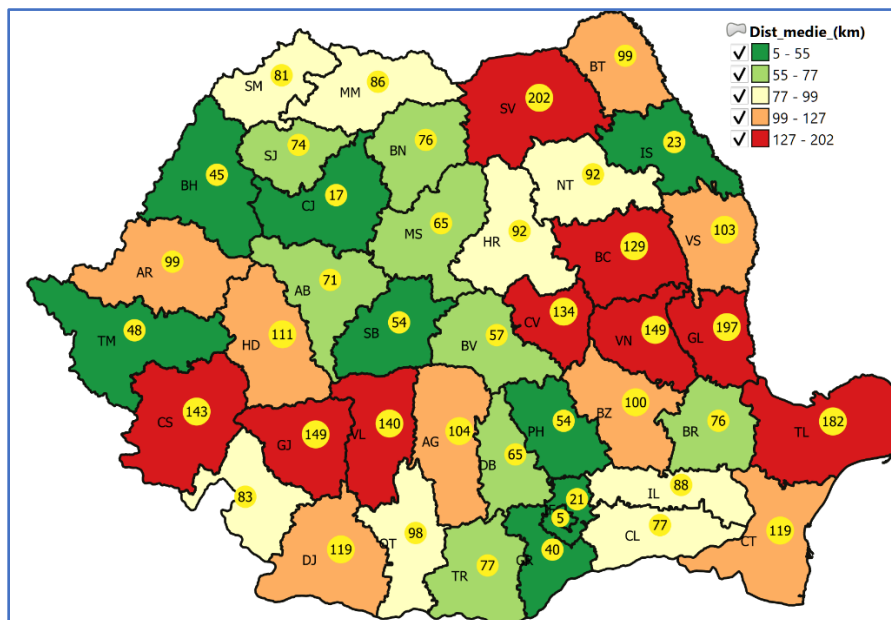


Fig. 2.8 Distanța medie parcursă pentru a trata un caz de cancer de col, 2016-2018⁹

⁸ Pacienții au fost cumulați pentru perioada 2016-2018. Aparatele au fost localizate colectând date din cercetarea on-line și site-uri oficiale.

⁹ Distanța reprezintă distanța medie între localitatea de domiciliu și orașul în care se tratează pacientul. Au fost luate în calcul 85% din episoadele spitalizate în perioada 2016-2018 și externate cu diagnostic principal C53.x, de pe orice secție.

În general, distanțe mai mici se parcurg în județele în care există posibilitatea efectuării ședințelor de chimio și sau radio-terapie. Aici se parcurg, în medie, sub 50 km pentru a trata un caz. La polul opus, o persoană din Suceava sau Tulcea parcurge, în medie, aprox. 200 km (către București sau Cluj-Napoca, de ex.) pentru a beneficia de tratament în caz de cancer de col uterin (Fig. 2.7 și Fig. 2.8).

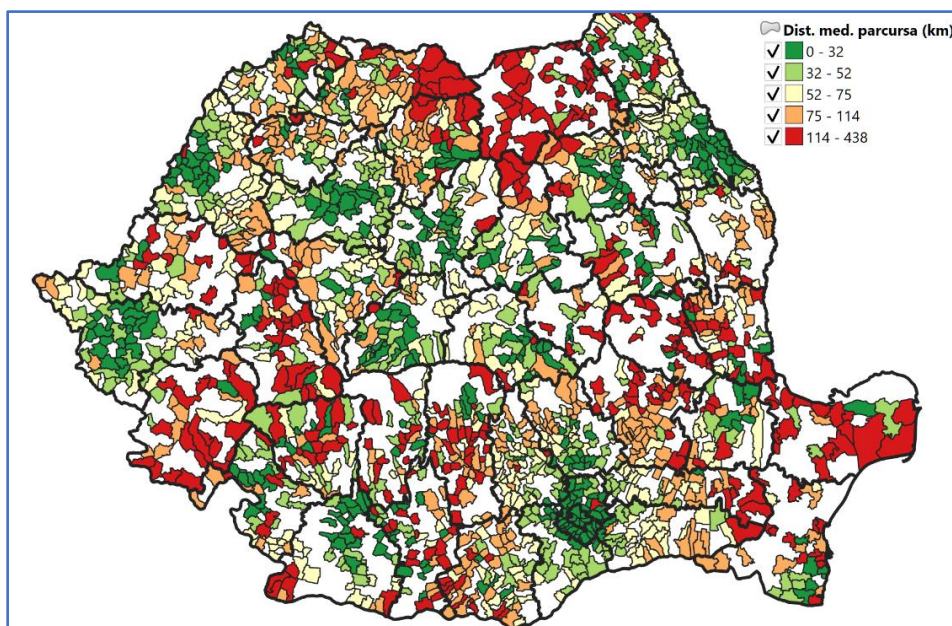


Fig. 2.9 Distanța medie parcursă pentru a beneficia de tratament în caz de cancer de col uterin, 2016-2018

Centrele universitare polarizează tratarea episoadelor de cancer de col uterin. Pacientele din județele Timiș, Cluj, Iași, Sibiu sau Bihor parcurg în medie între 0 și 50 de km pentru a trata un episod de spitalizare. La polul opus, pacientele din multe localități aparținând județelor Tulcea, Suceava, Maramureș, Caraș-Severin etc., marcate cu roșu pe harta din Fig. 2.9, parcurg în medie peste 114 km pentru a trata un episod de spitalizare.

Tip investigație	Volum eșantion	Vechime medie/medic (ani)	Nr. mediu intervenții/an
Intervenții chirurgicale cancer col	45	9	6.3
Histerectomii totale	45	9	8.3
Histerectomii parțiale	45	9	2.2

Tabel 2.1 Indicatori statistici privind încărcarea medicilor chirurghi cu competență în chirurgie oncologică

Tip investigație	Număr mediu intervenții (Total medici ginecologi)	Număr mediu intervenții (Medici ginecologi cu competența în gineco-oncologie)	Număr mediu intervenții (Medici ginecologi cu competența în colposcopie)
Intervenții chirurgicale cancer col	2.8	9	2.1
Criocauterizări	0.2	0.3	3.8
Electrocauterizări cu ansă diatermică	4.6	9.7	9.2
Conizații	2.8	3.6	16.9
Histerectomii totale	9.0	17.8	11.1
Histerectomii parțiale	2.3	4.6	7.6
Biopsii chirurgicale col uterin	7.7	9.9	9.9

Tabel 2.2 Indicatori statistici privind încărcarea medicilor ginecologi (n=268)

În medie, un medic ginecolog a efectuat, în anul 2018, aproximativ 30 intervenții specifice cancerului de col uterin. Cea mai mare medie este specifică histerectomiilor totale, în medie un medic efectuând 9 intervenții/an.

Tip indicator	Valoarea medie
Vechime medicului (ani)	14.6
Număr teste BP/an/medic	743
Teste histopatologice pentru diagnosticarea cancerului de col uterin	169

Tabel 2.3 Indicatori statistici privind experiența și încărcarea medicilor anatomo-patologi (n=45)

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

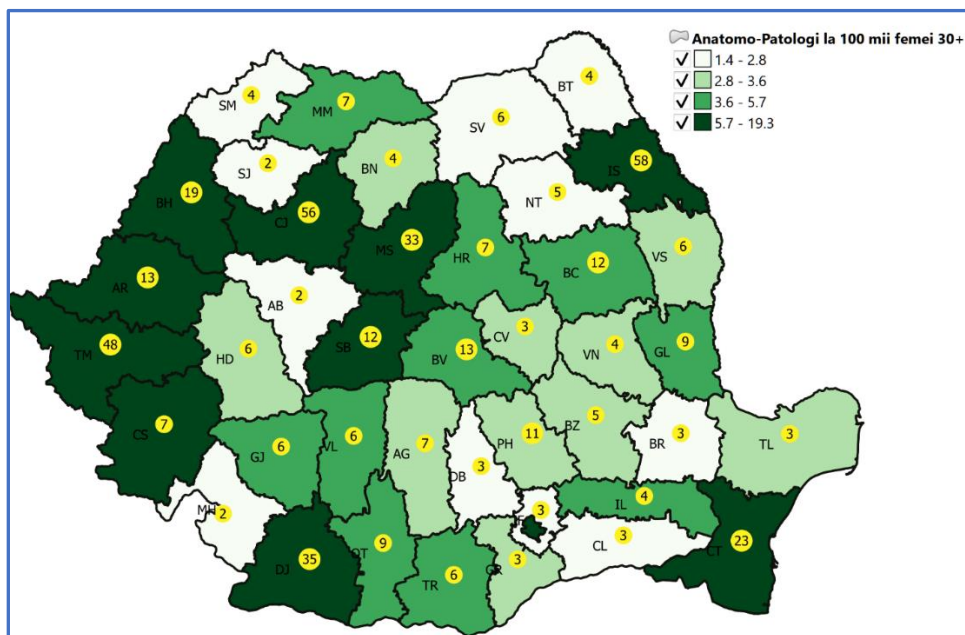


Fig. 3.1 Repartiția teritorială a medicilor anatomo-patologi în 2017¹⁰

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

¹⁰ Eticheta în galben reprezintă numărul efectiv de medici, în timp ce gradientul reprezintă rata la 100 de mii de persoane cu vârsta peste 30+.

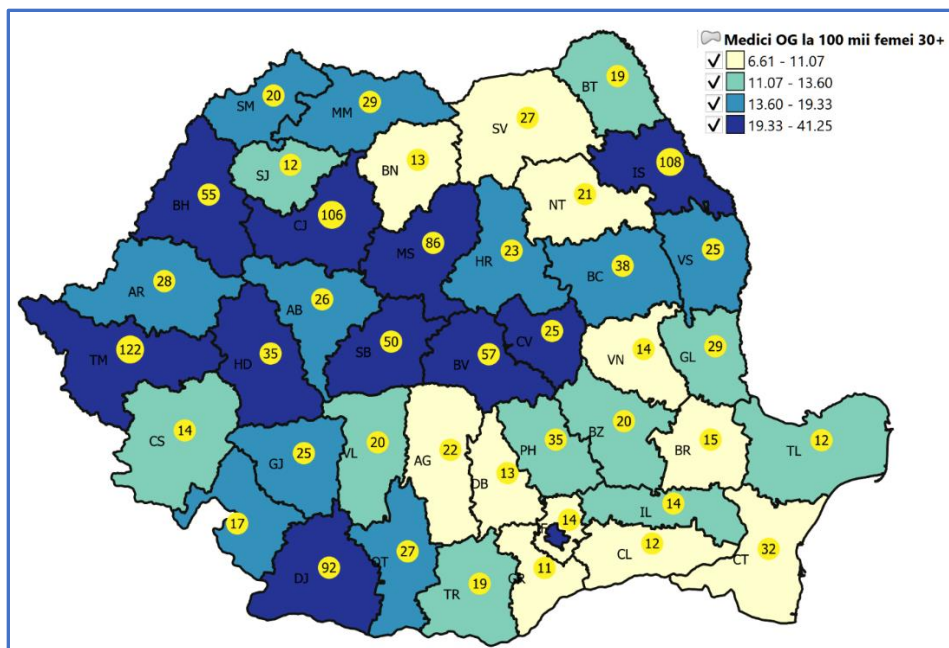


Fig. 3.2 Repartiția teritorială a medicilor de OG, în 2017

Se observă o diferență majoră, în general între Vestul și Estul României. Exceptând centrele universitare cunoscute, în județele din Vestul României, rata medicilor cu specialitatea OG era, în 2017, la nivel de județ, în medie, dublă față de valoarea medie înregistrată în Est.

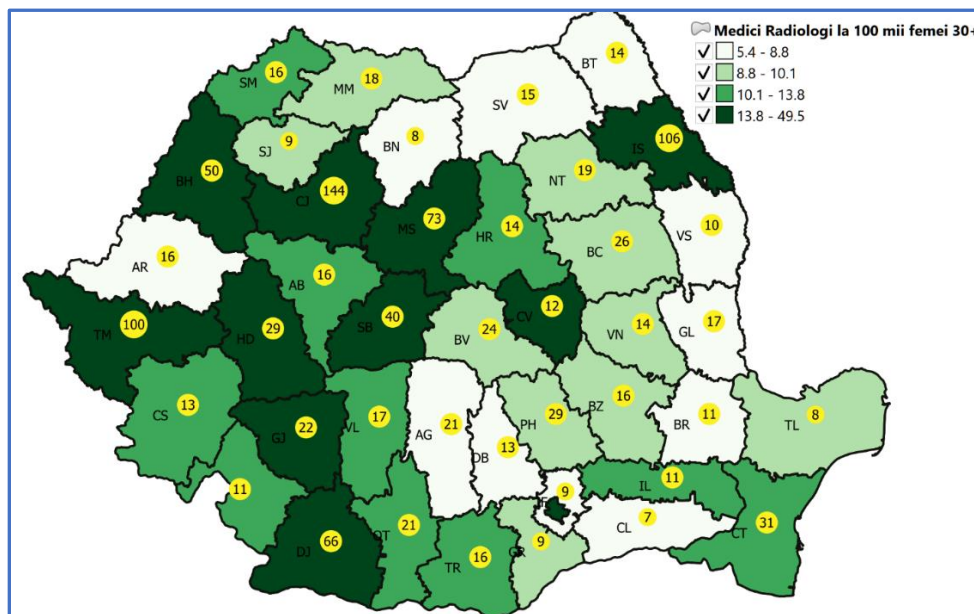


Fig. 3.3 Repartiția teritorială a medicilor radiologi, 2017

În părțile de Est și Nord ale României rata medicilor radiologi este mai mică. În centre precum Hunedoara sau Gorj, sunt 22, respectiv 29 medici, însemnând o rată de peste 13 medici la 100 de mii de femei cu vârsta de peste 30 de ani. În părțile de Est și Nord: Bistrița, Brăila sau Vaslui, numărul medicilor radiologi este apropiat de 10, reprezentând o rată 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.

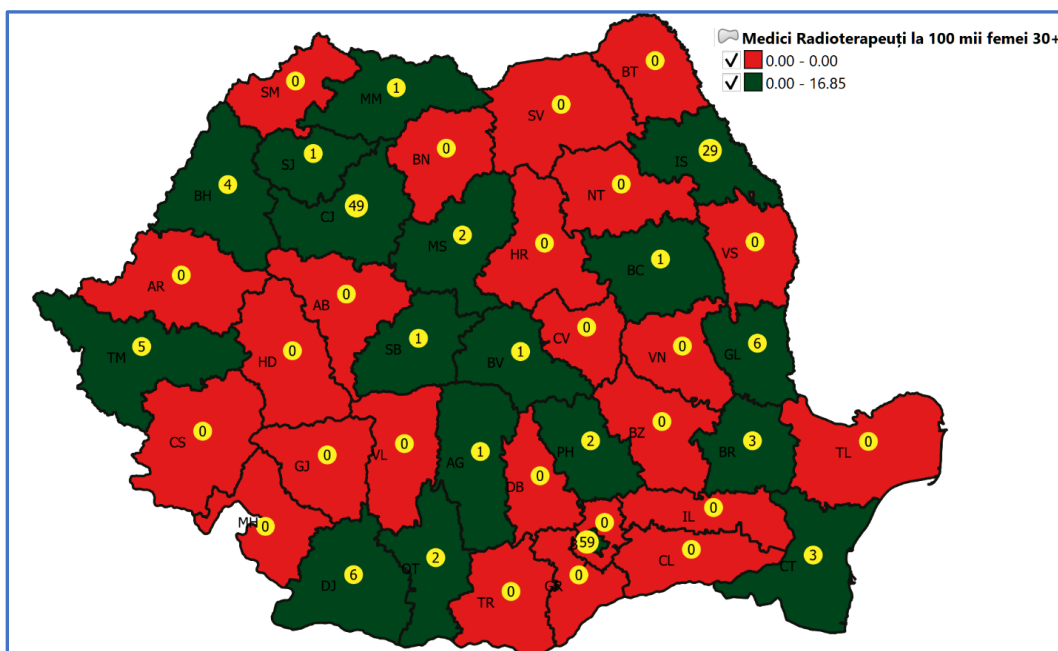


Fig. 3.4 Repartiția teritorială a medicilor Radioterapeuți, 2017

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 radioterapeut. 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).

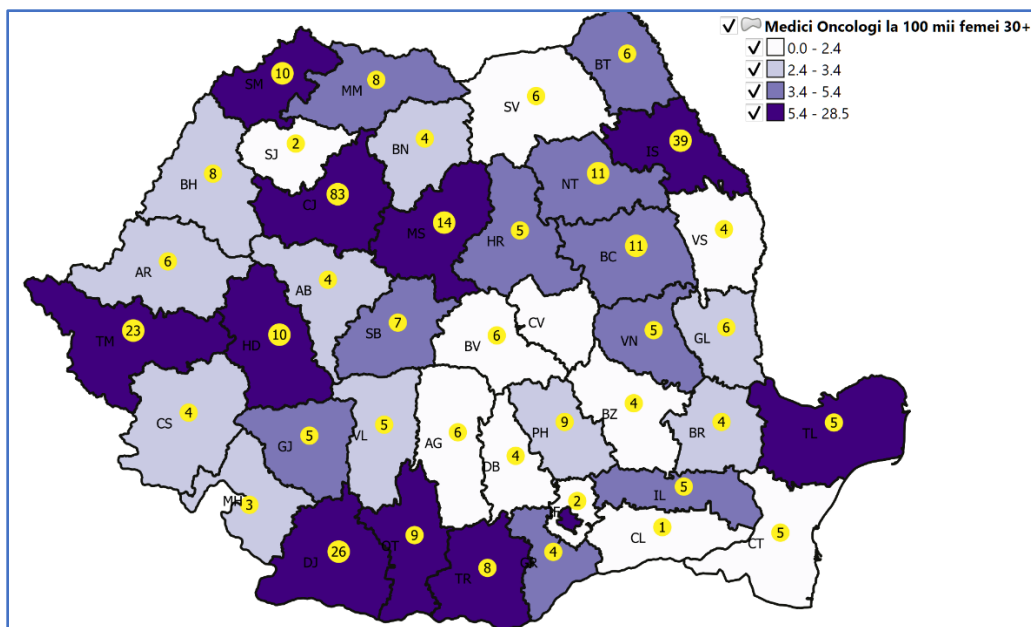


Fig. 3.5 Repartiția teritorială a medicilor oncologi, 2017

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, în Timiș 23 și în 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 screeningului pentru cancerul de col uterin - public și privat

În urma analizei răspunsurilor participanților la cercetarea on-line (n=143 respondenți) rezultă că, la nivelul țării, sunt disponibile 88 de colposcoape. La momentul raportării, aproximativ 30% din ele sunt localizate în spitalele din București sau în spitalele județene și 20% în spitalele orășenești din țară. În 44% din totalul spitalelor se precizează că nu există timp de așteptare pentru efectuarea unei colposcopii. La polul opus, la Spitalul Clinic Filantropia București, s-a raportat durata maximă de așteptare și aceasta se ridică la aproximativ 7 zile. Pentru spitalele care au precizat că există timp de așteptare pentru efectuarea unei colposcopii, durata medie de așteptare se ridică la aprox. 3 zile.

În urma centralizării datelor, a rezultat că o treime din colposcoape sunt plasate în Ambulator, iar restul în spital. Vechimea medie a unui colposcop este estimată la aproximativ 10 ani. Numai 6% din colposcoape au o vechime mai mică de un an. În medie, în anul 2018, au fost efectuate 100 de colposcopii/aparat, iar prețul mediu, acolo unde nu există contract cu CNAS, a fost de 100-150 lei/ procedură. La nivelul eșantionului au fost raportate numai 8 criocautere, din care 4 se găsesc la Spitalul

Panait Sârbu din București. În medie au fost realizate 10-15 criocauterizări/an, pentru un tarif mediu de 100 de lei/ procedură.

De asemenea, pe același eșantion de spitale, au fost raportate 77 de electro-cautere cu ansă diatermică, 22% din ele situându-se în spitalele județene. Se mai poate menționa, de asemenea, că un sfert (23%) din electro-cautere sunt localizate în Ambulator. Tariful unei electro-cauterizări variază între 50 și 350 de lei, cu o frecvență mai ridicată pentru tarifele de 150 și 200 lei/ procedură.

În eșantion au fost raportate 13 aparate de radioterapie, 9 dintre ele având posibilitatea de a efectua IMRT, 3 de VMAT și 2 de brahiterapie.

Tip ședință radioterapie	Număr mediu (M1) de ședințe incluzând valoarea 0 pentru cei care nu au efectuat	Abaterea standard față de numărul mediu (M1)	Număr mediu (M2) de ședințe excluzând 0 pentru cei care nu au efectuat
2D	0		0
3D	914.8	1593.5	1829.5
IMRT	892.0	1203.3	1784
VMAT	1544.3	2813.7	6177.3
Brahiterapie	111.5	320.4	446.0

Tabel 4.1 Numărul mediu de ședințe realizate/aparat/an, pe tip de ședință de radioterapie

În medie, pe un aparat, s-au realizat 3500 de ședințe/an, de toate tipurile, rezultând o medie de aproape 10 ședințe/zi. La o durată medie de 10-15 min/ ședință, rezultă că, în medie, un aparat a fost utilizat zilnic aproximativ 100-150 minute, adică echivalentul a aproximativ 2 ore.

Din cele 143 de spitale, 54 precizează că au laborator de anatomie patologică. Toate laboratoarele au posibilitatea de a efectua Testul Babeș-Papanicolau (BP). În urma calculelor, rezultă o medie de ~1100 de teste BP realizate/an, sau o medie de aproximativ 3 teste BP/zi/laborator. La maternitatea Panait Sârbu din București s-au realizat, în medie, în 2018, 4000 de teste BP/an. Pentru serviciile nedecontate de CNAS rezultă un cost mediu de 50 lei pe un test BP, cu o plajă de valori cuprinsă între 30 și 110 lei.

În urma analizei datelor s-a mai descoperit că:

- 50% din medicii oncologi tratează predominant cancer de col și numai un sfert au competențe de îngrijiri paliative.
- Numai 10% din medicii chirurghi raportați au competență de chirurgie oncologică.
- Numai 7% din medicii ginecologi au competență de gineco-oncologie și jumătate au competențe în colposcopie.
- 44% din medicii ginecologi tratează leziuni precanceroase.

- Din totalul medicilor psihologi, aproximativ 8% au competență în psiho-oncologie.
- În 55% din unitățile participante la studiu există un laborator de anatomie patologică. În general, aceste laboratoare se găsesc în orașele reședință de județ, dar există și laboratoare situate în orașe mai mici. În toate laboratoarele se poate efectua testarea BP. În numai 5 laboratoare există posibilitatea efectuării unui test HPV și în 90% din laboratoare se poate efectua un test HP.

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

În urma analizei răspunsurilor a rezultat că 31% din unitățile respondente participă la Programul Național de Screening pentru Cancerul de Col Uterin.

În urma rezultatelor obținute pe baza screening-ului pentru cancer de col, efectuat de către unitățile sanitare la cele 22.056 de femei investigate, rezultatele au fost: 85.3 % „Normal”. Structura rezultatelor este redată în Fig. 5.1

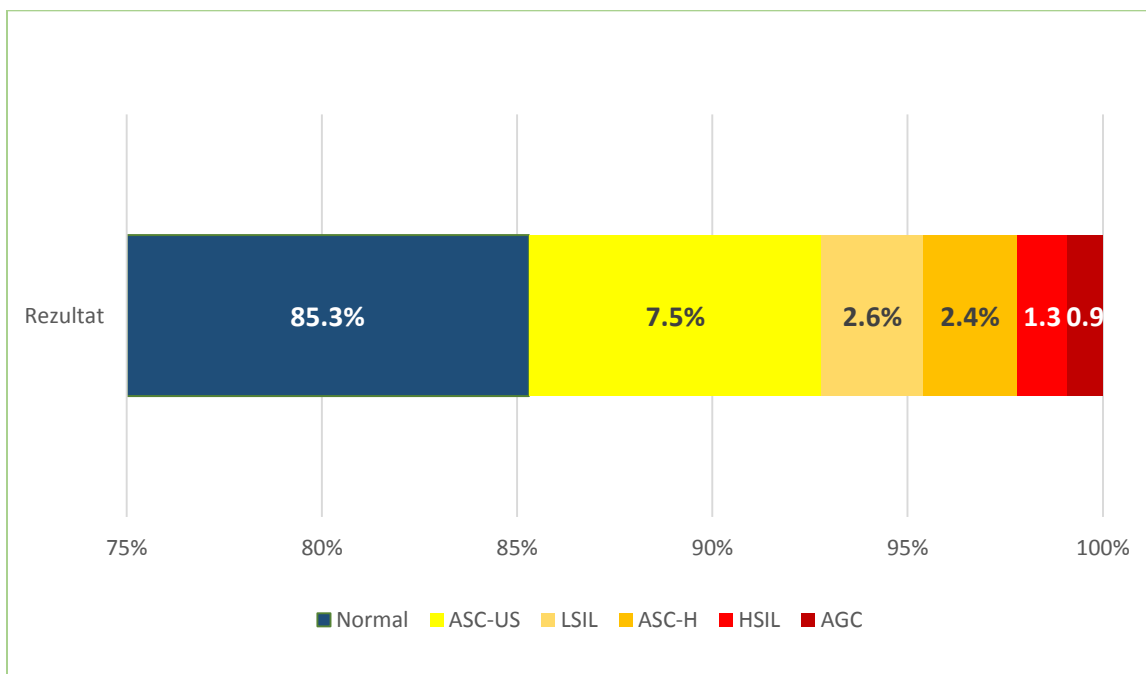


Fig. 5.1 Rezultatele obținute în urma screening-ului pentru cancer de col uterin

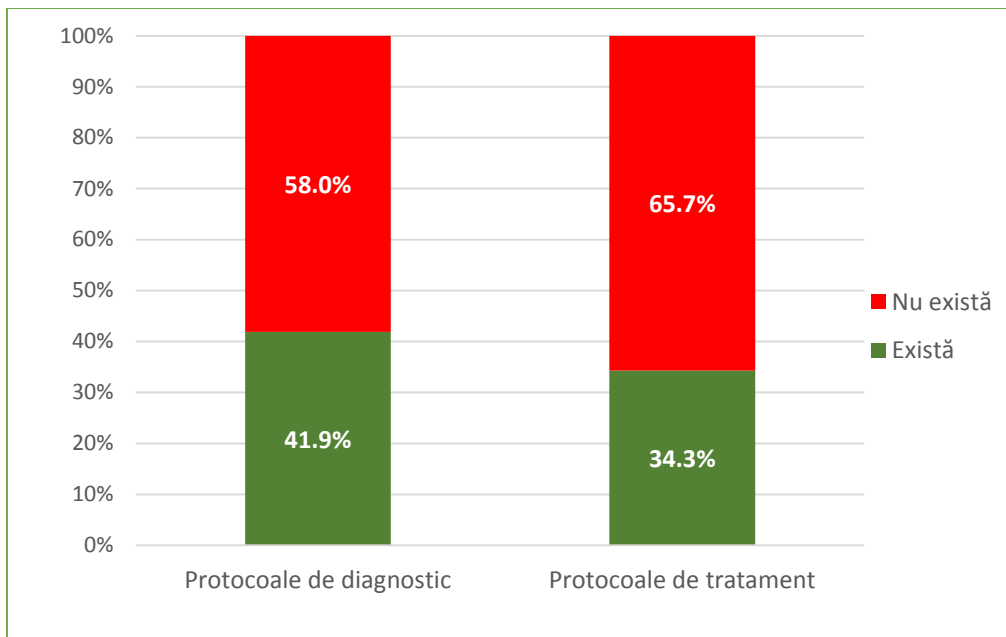


Fig. 5.2 Existența protocoalelor de diagnostic și tratament

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 institutele regionale de oncologie.

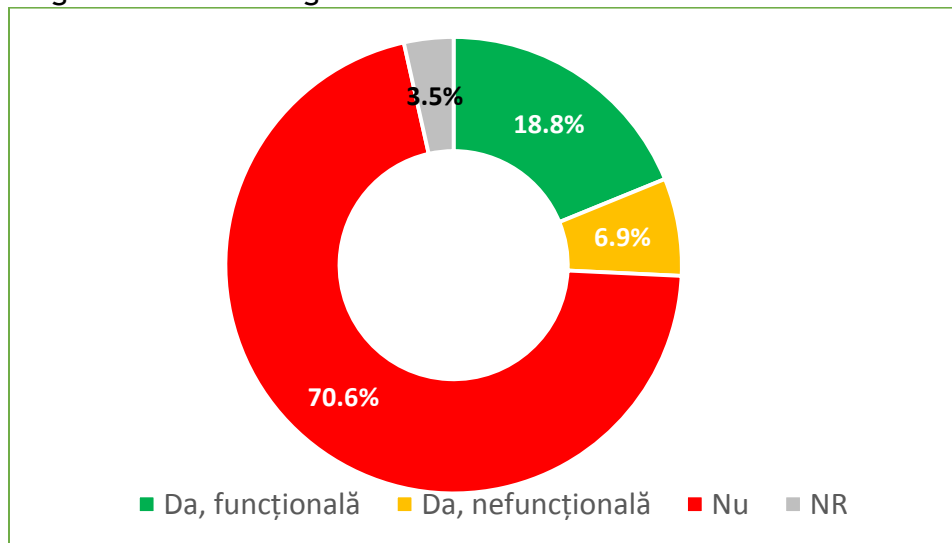


Fig. 5.3 Existența unei comisii de diagnostic și indicație terapeutică Tumor Board (CDIT)

În prezent, în 70% din unitățile spitalicești nu există comisii de diagnostic și indicație terapeutică (CDIT) pentru cancerul de col uterin. Doar 18.8% din unități au o astfel de comisie funcțională.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

În 73% dintre unitățile spitalicești nu este organizat un Registru Instituțional de Cancer (RIC). Din eșantionul de 143 de spitale, participante la studiu, 30.7% dintre acestea au precizat că raportează cazurile noi în Registrul Național de Cancer (RNC).

La nivel național, Fișa ONC1 a fost completată pentru aproximativ 15% din pacienți, fișa ONC2 pentru aproximativ 17%, iar fișa ONC3 a fost completată pentru numai 5% din total pacienți.



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Integrarea screeningului primar HPV în programul național de screening pentru cancerul de col uterin

Institutul Oncologic „Prof. Dr. Ion Chiricuță”, Cluj-Napoca
Aprilie 2020

Proiect cofinanțat din Fondul de Coeziune prin Programul Operațional Capital Uman 2014-2020

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României